N° 27

DE L'INFLUENCE

DE

QUELQUES MALADIES AIGUËS

SUR

LA GROSSESSE ET L'ÉTAT PUERPÉRAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 11 JUILLET 1885

PAR

Nicolas CHRISTOFF BIZAS

Né à Emborée (Macédoine)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES
RUES DURAND ET LEVAT

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... } ASSESSEURS
LANNEGRACE..... }

PROFESSEURS

Clinique médicale	DUPRÉ (✻ C. ✠).
Anatomie	BENOIT (✻ ✠).
Clinique médicale	COMBAL (✻ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✻).
Physique médicale	MOITESSIER (✻).
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✻ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale Chargé du cours,	SERRE.
Opérations et appareils id.	CHALOT.
Pathologie externe	N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Professeurs honoraires : MARTINS (O. ✻), COURTY (✻), DU MAS (✻).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✻).

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ (✻).
GRYNFELTT.	REGIMBEAU (✻).
DE GIRARD.	TÉDENAT.
SERRE.	BLAISE
CARRIEU.	BAUMEL.
MAIRET.	VILLE
CHALOT.	GRANEL.
BIMAR.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DUMAS, *Président ;*
SERRE, *Professeur ;*
JACQUEMET } *Agrégés.*
GRYNFELTT }

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon frère Démétrius BIZAS

Tu as été pour moi un second père ; à toi ma reconnaissance et mon dévouement.

N. CHRISTOFF BIZAS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur L. DUMAS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MES COMPATRIOTES

MM. les docteurs ZOLOTOVITCH et STÉPHANOFF

A M. le docteur GERBAUD

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

N. CHRISTOFF BIZAS.

INTRODUCTION

En choisissant notre sujet de dissertation, nous n'avons pas eu la prétention d'ajouter une pierre de plus à l'édifice obstétrical. Les recherches nombreuses que nous avons dû faire nous ont prouvé que la question des maladies compliquant la grossesse avait été longuement étudiée et bien étudiée, et que nous ne pouvions que suivre la voie tracée par nos devanciers.

Comme eux, et avec Cazeaux, nous maintiendrons la grande classification des maladies qui sont sous la dépendance absolue de la grossesse ou qui sont le fait de la grossesse elle-même, et les maladies intercurrentes survenant chez la femme enceinte comme chez toute autre personne.

Nous ne nous occuperons ici que des maladies qui sont indépendantes de la grossesse, et parmi celles-ci nous ne traiterons que de celles qui offrent le caractère aigu.

Nous n'apportons de nouveau que nos observations, celles qui nous

sont personnelles et celles que des personnes obligeantes ont bien voulu nous communiquer. La nature même de ces observations ne nous a pas permis de n'étudier qu'une seule des maladies aiguës qui peuvent compliquer la grossesse ; nous avons dû les étudier toutes, et comme il eût été fastidieux de répéter ici tout ce que les auteurs ont écrit dans diverses monographies, nous avons cherché, en dépouillant les faits, à démontrer que la cause principale des accidents produits par les maladies aiguës chez les femmes grosses ou accouchées était unique quelle que fût la maladie, que cette cause était constituée par une manifestation qui ne manque jamais dans les maladies aiguës, par la fièvre, et en dernière analyse, par *l'élévation de la température*.

Cette manière de voir qui ne nous est pas personnelle, puisque tous les auteurs l'ont plus ou moins mise en lumière et qu'elle se dégage d'ailleurs de l'analyse des faits, méritait, selon nous, d'être mise en évidence d'une façon plus frappante, surtout à notre époque, où l'on ne tient pas assez compte de l'observation clinique, et où les théories infectieuses tendent à aveugler tous les esprits en les éloignant de l'observation attentive du malade.

Certes, dans le cours de ce modeste travail, nous aurons à étudier le rôle dans la grossesse de certaines maladies évidemment infectieuses, mais nous doutons fort que de nos observations on puisse dégager ceci : « Ce qui a amené l'avortement ou l'accouchement prématuré dans ce cas, c'est l'infection du fœtus par la mère, ou bien, c'est le pouvoir infectieux qui a modifié profondément l'organe gestateur et a amené les accidents. »

Nous ne voulons pas faire un procès aux nouvelles théories

pathogéniques ; nous sommes trop pénétré de l'insuffisance de nos forces pour risquer un combat de ce genre. D'ailleurs, nous sommes partisan en principe de la théorie microbienne ; mais nous croyons que dans le cas présent elle ne peut rien expliquer, d'autant plus que beaucoup de maladies aiguës n'ont pas encore leur microbe, et que celles qui en ont ne semblent pas agir sur la gestation par leur intermédiaire. Ainsi la variole amène le plus souvent l'avortement, mais le fœtus n'est pas contaminé ; si, au contraire, la grossesse continue à évoluer après la maladie, on constate quelquefois les traces pathognomoniques sur l'enfant au moment de la naissance. Ce qui veut dire, pour nous, que dans le premier cas le poison n'a pas eu le temps d'agir et qu'il y a eu cependant avortement, tandis que dans le second cas, le poison a infecté non seulement l'organisme maternel, mais le fœtus lui-même, et que cependant il a été impuissant à produire l'avortement.

Ce qui se passe dans la variole arrive pour la fièvre typhoïde, pour l'érysipèle, etc. Dans toutes les maladies aiguës, le poison, le virus, le microbe, n'ont pas le temps d'agir directement sur la grossesse ; c'est le grand symptôme de toute maladie aiguë, c'est la fièvre, l'élévation de la température, qui semble amener presque toujours tous les accidents.

Dans les maladies chroniques, au contraire, l'infection de la mère joue un grand rôle : elle se communique presque toujours au fœtus et le tue, d'où l'avortement, qui est fatal dans ce cas. Nous n'avons qu'à constater ce qui se passe chez les syphilitiques pour nous convaincre de la réalité de cette interprétation.

Ainsi donc, on peut établir deux grandes classes parmi les maladies qui peuvent compliquer la grossesse ou les suites de couches.

1° Celles qui agissent sur la grossesse par l'élévation considérable de la température ; ce sont les maladies aiguës.

2° Celles qui agissent par l'empoisonnement long de la mère ou du fœtus, la plupart du temps des deux à la fois, que cet empoisonnement soit dû à un virus, à un microbe, à un toxique même, comme le plomb ou le tabac ; ce sont les maladies chroniques.

Nous ne nous occuperons pas de ces dernières dans notre étude.

Nous espérons que nos Juges nous pardonneront de les avoir menés sur le terrain des théories récentes. Si nous nous sommes occupé incidemment des microbes, c'est que nous avions pour but d'arriver à une classification pathogénique des maladies qui peuvent étendre leur influence sur la femme grosse, et qui n'amènent que trop souvent des accidents formidables. Nous en sommes arrivé à établir deux grandes classes : les maladies aiguës, les maladies chroniques. Cette division, certes, n'a rien de nouveau ni d'extraordinaire, mais nous y sommes arrivé en prenant un point de départ tout particulier : en recherchant l'élément qui dans l'une et l'autre classe amenait les accidents.

Si notre point de vue est discutable, nos Maîtres nous excuseront en tenant compte des efforts que nous avons faits pour arriver à une classification. Dans tous les traités, nous trouvons pêle-mêle le choléra avec la syphilis, l'intoxication saturnine avec la variole, etc. Nous avons voulu mettre un ordre rationnel dans ce beau désordre. Puissions-nous y être arrivé sans mériter trop de critiques.

Dans l'étude qui suit, nous ne nous occuperons que de l'influence des maladies aiguës sur la grossesse, l'accouchement et les suites de cou-

ches. Après un court historique de la question, nous ferons une étude succincte des diverses maladies aiguës chez la femme enceinte ou accouchée ; ce chapitre comprendra également les diverses observations que nous avons pu faire ou que d'autres ont bien voulu nous communiquer.

Dans un troisième chapitre, nous condenserons en quelque sorte le résultat de nos observations, et nous chercherons à démontrer quelle est la grande cause des accidents produits par les maladies aiguës chez la femme enceinte ou accouchée.

Nous prions M. le docteur Gerbaud, chef de clinique obstétricale, de vouloir bien agréer ici tous nos sincères remerciements pour l'aide qu'il nous a prêtée et les observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

Que M. le docteur Guinier veuille bien accepter aussi l'expression de notre gratitude pour la remarquable observation qu'il nous a fournie, relative au choléra, et qui emprunte un caractère tout particulier aux circonstances dans lesquelles elle a été prise.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0088

DE L'INFLUENCE

DE

QUELQUES MALADIES AIGUES

SUR LA GROSSESSE ET L'ÉTAT PUERPÉRAL

I

HISTORIQUE

Tous les auteurs ont reconnu l'influence des maladies aiguës sur la grossesse. Mais les anciens n'ont guère étudié quel était le rôle de ces maladies dans les suites de couches. Ils étaient même portés à admettre que la grossesse conférait une sorte d'immunité; d'autres, moins nombreux, pensaient au contraire que la femme grosse était prédisposée à tous les maux. Quoi qu'il en soit, la plupart signalent les maladies aiguës comme étant une des causes fréquentes de l'avortement. « Nous pouvons dire en général, écrit Mauriceau (1), que toute maladie aiguë fait facilement avorter la femme grosse : d'autant qu'elle tue son enfant, lequel, estant mort, ne peut pas rester longtemps dans la matrice ; ce qui met aussi la femme en grand danger de la vie, la

(1) Mauriceau, Traité des maladies des femmes grosses, liv. I, ch. 26.

faisant très souvent périr peu de temps après estre avortée, ou mesme devant, avec son enfant dans le ventre. »

Mauriceau semble avoir déjà compris l'influence des maladies aiguës non seulement sur la femme grosse, mais ultérieurement sur la femme déjà accouchée. Cet accoucheur énonce sans aucun ordre toutes les maladies qui peuvent amener ce fâcheux résultat : « Les douleurs de reins et les grandes coliques et tranchées peuvent causer le mesme accident.... la strangurie fait encore la mesme chose, à cause que il se fait à tous momens de fortes compressions du ventre pour mettre l'urine dehors ; la grande toux, par son agitation fréquente, poussant le diaphragme subitement et avec effort en bas, donne aussi de violentes secousses à la matrice ; le grand flux de ventre met la femme grosse en état d'avorter, et encore bien plus tôt si ensuite il survient tenesme, c'est-à-dire de grandes épreintes par lesquelles l'intestin rectum tâche de se décharger des humeurs âcres qui l'irritent et le piquotent perpétuellement. »

Il serait inutile de citer ici tous les passages de l'auteur qui se rapportent à cette question. Pour lui, on le voit, ce sont surtout les phénomènes mécaniques qui amènent les perturbations dans la grossesse ; dans d'autres cas, ce sont les humeurs qui jouent le grand rôle.

Parlant de l'avortement, il dit encore : « les femmes pituiteuses sont fort sujettes à cet accident, et celles qui ont quantité de fleurs blanches, lesquelles par leur affluence continuelle humectent tant la matrice intérieurement et la rendent si glissante que le placenta n'y peut assez adhérer. »

Enfin, le même auteur, dans un passage de son livre, fait voir clairement le danger dans lequel se trouve la femme récemment avortée ou accouchée lorsqu'elle est sous le coup de quelque maladie : « Si la femme grosse, dit-il, a quelque maladie qui n'ait aucun rapport à l'état où elle est, elle périt dans le temps de la purgation de son accouchement. »

Si nous avons cité aussi longuement Mauriceau, c'est qu'à part quelques points nouveaux, il ne fait qu'énoncer les idées d'Hippocrate. Le

Père de la médecine a en effet étendu son génie d'observation jusqu'aux choses qui concernent les femmes enceintes. Ainsi, sous une forme concise, il a indiqué les dangers du ténesme rectal, de la dyssenterie, etc. *Mulieri in utero gerenti, si alvus multum fluxerit, si tenasmus supervenerit, facit abortum* (1) .

Le médecin de Cos avait également prévu les dangers de l'état puerpéral dans ces circonstances : *Si mulier uterum gestans morbum habuerit non cognatum in puerperii purgatione perit* (2).

Il serait superflu de nous arrêter aux théories émises par Hippocrate. Constatons qu'il a su observer et bien observer, mais que nécessairement il n'a pu donner une théorie exacte des accidents qu'il a signalés.

Dans l'antiquité, on avait longtemps cru que la grossesse créait une sorte d'immunité vis-à-vis des maladies régnantes ; cette opinion erronée a encore cours aujourd'hui dans le vulgaire. Malheureusement, l'observation des faits a démontré qu'il n'y avait rien de réel dans cette manière de voir. Toutes les affections, qu'elles soient du domaine médical ou de celui de la chirurgie, peuvent survenir chez la femme enceinte. Mais, d'un autre côté, les femmes grosses, par le fait seul de leur grossesse, ne présentent aucune prédisposition particulière pour les maladies fébriles aiguës. Nous ne pouvons néanmoins admettre l'opinion de Schrœder, qui prétend que les femmes enceintes ne sont pas exposées à de plus grands dangers que les autres malades. Le fait seul de l'avortement, qui ne survient que trop souvent dans le cours des maladies aiguës, vient singulièrement assombrir le pronostic.

En général, les auteurs modernes ont bien étudié les relations qui existent entre les maladies aiguës et la grossesse, et quelles que soient les théories émises par plusieurs d'entre eux, les faits nous restent et nous permettent d'arriver peu à peu à la connaissance exacte des accidents qui peuvent se produire.

Nous n'avons plus qu'à examiner ici quelques-unes de ces théories

(1) Hippocrate, lib. VII, aph. 27.
(2) Hippocrate, De naturâ pueri.

pour compléter ce trop court aperçu historique de la question qui nous occupe.

Pour Slavjansky (1), il se produit dans bon nombre de maladies fébriles une endométrite hémorrhagique qui amène fatalement l'avortement si la femme est enceinte. Cette épistaxis utérine serait pour lui la principale cause de l'avortement dans le choléra.

Kaminsky (2) attribue à l'élévation de la température le plus grand rôle. Dans ce cas, c'est en tuant d'abord l'enfant que la maladie commencerait son rôle perturbateur dans la gestation. Fiedler (3), de son côté, a montré la relation qui existe entre les mouvements du cœur fœtal et l'élévation de température que l'enfant subit dans ce cas. Cette influence des hautes températures s'étend non seulement au fœtus, comme l'admettaient les auteurs précités, mais encore elle atteint directement l'utérus gravide, comme l'ont démontré les expériences de Runge (4).

Depuis, presque tous ceux qui ont traité le sujet ont admis cette influence des hautes températures. Nous ne ferons que citer ici les thèses de Duguyot (1879), Daubats (1879), Hourlier (1880), Jobard (1880), Baratte (1882), dans lesquelles nous avons dû puiser de nombreux documents. Enfin, nous citerons à ce sujet le travail tout récent du docteur Doré (5), qui nous a été aussi d'un précieux secours pour la rédaction de notre travail. Nous n'insisterons pas ici sur cette question des hautes températures ; nous devons y revenir plus loin, quand nous résumerons les faits que nous devons analyser dans le chapitre suivant.

Pour être complet dans notre exposé historique, nous devons citer tous les auteurs classiques, qui tous, plus ou moins, se sont occupés de la question et y ont consacré un chapitre spécial de leurs traités. Nous leur reprocherons en général de n'avoir pas cherché à classer

(1) Slavjansky, Arch. für gynœkologie, IV, p. 285.
(2) Kaminsky, Moskauer méd. Zeitung, 1867.
(3) Fiedler, Archiv der Heilkunde, 1852.
(4) Runge, Archiv für gynœkologie, 13 Band, S. 123.
(5) Doré, In Archiv de tocologie, mars-avril 1884.

d'une façon rationnelle les diverses maladies qui peuvent survenir chez la femme grosse. A d'autres, nous reprocherons d'avoir donné un résumé trop succinct de cette question. Leurs livres, si précieux pour le praticien à d'autres titres, deviennent par trop insuffisants quand il se trouve dans un foyer épidémique par exemple, et qu'il a à combattre le fléau chez les femmes enceintes. Ainsi Mme Boivin, Dugès, ne font aucune mention des accidents pathologiques de la grossesse dans leurs traités d'obstétrique. Chailly-Honoré et Cazeaux ne donnent que peu de développement à cette question. Schrœder et Nœgelé ne font que la résumer. Dans le livre si estimé du professeur agrégé Charpentier, la question est étudiée plus longuement, trop longuement peut-être, et les détails s'y trouvent un peu dispersés partout ; d'ailleurs l'auteur n'a pas donné d'idées personnelles à ce sujet. Néanmoins nous devons constater que ce chapitre, par son long développement, prouve que l'auteur a bien compris l'importance de cette étude.

A la Société obstétricale de Berlin (27 juin 1884), Hofmeier étudiait récemment l'influence exercée par les maladies aiguës sur la marche de la grossesse (1).

Il mentionnait un cas de pneumonie fibrineuse survenue chez une femme grosse de cinq mois qui avait évolué sans provoquer aucune complication étrangère.

Il citait également un cas d'érysipèle ambulant qui, bien qu'ayant déterminé la formation d'un abcès au-dessus de la région sacrée, n'a pas troublé la marche de la grossesse.

Lomer, à cette même séance, signale un cas de transmission de la rougeole de la mère au fœtus. Quant à l'érysipèle, il détermine le plus souvent l'avortement et à la suite des accidents puerpéraux trop souvent mortels.

Ruge a observé un cas de typhus qui a déterminé la mort du fœtus et l'avortement.

(1) Résumée in Annales de gynécologie, mars 1885.

Martin prétend que les seules formes graves de la scarlatine amènent les accidents puerpéraux (opinion d'Olshausen).

Selon Schrœder, il faut distinguer entre les scarlatines et les éruptions scarlatiniformes.

Comme on le voit, la question est toujours à l'ordre du jour. Puissions-nous avoir contribué à son étude d'une manière satisfaisante.

II

ETUDE SUCCINCTE DES DIVERSES MALADIES AIGUES QUI PEUVENT COMPLIQUER LA GROSSESSE. — OBSERVATIONS

Dans ce chapitre, nous nous proposons de faire une étude aussi résumée que possible des diverses maladies aiguës qui viennent compliquer la grossesse, qui peuvent en interrompre le cours et qui, trop souvent, amènent des accidents mortels pendant l'état puerpéral.

A propos de chaque cas, nous aurons à étudier d'abord l'influence de la maladie sur la grossesse, ensuite l'influence de la grossesse, mais bien plus souvent de l'état puerpéral sur la marche ultérieure de la maladie. Il est bien démontré en effet aujourd'hui, par l'ensemble des faits observés, que si les maladies aiguës amènent des accidents souvent formidables chez la femme enceinte, il arrive, justement à cause de ces accidents, que la physionomie de la maladie se trouve très souvent changée, qu'elle ne présente plus sa marche, sa durée, sa succession de symptômes habituelles. Le plus souvent elle présente un caractère grave, et la malade ne tarde pas à succomber. Ceci est vrai surtout pour les maladies éruptives, dont la marche se trouve souvent comme suspendue par l'avortement qu'elles ont déterminé. Il en résulte le plus souvent une congestion intense des centres, qui se traduit par des accidents pulmonaires ou cérébraux qui ne tardent pas à enlever la malade.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici une étude de toutes les

maladies aiguës qui peuvent survenir chez la femme grosse. Nous nous occuperons spécialement de celles que nous avons pu observer et qui sont d'ailleurs les plus redoutables pour la femme enceinte. Il est des maladies, comme la bronchite simple par exemple, qui n'ont pas un grand retentissement sur la grossesse. Tout au plus peut-elle avoir une influence mécanique par la toux sur l'organe gestateur. La maladie n'est pas assez grave, en général ; elle n'est pas accompagnée de fièvre d'une température suffisamment élevée pour amener de grandes perturbations. Il est évident que nous ne traiterons pas longuement de maladies de ce genre ; ce serait élargir notre cadre, déjà trop vaste.

Nous nous occuperons donc successivement :

1° Des maladies éruptives ;
2° Des maladies aiguës de l'appareil respiratoire ;
3° De la fièvre typhoïde et du choléra.

Nous n'avons pas l'intention ici de faire une classification nosologique ; nous n'aspirons qu'à mettre un peu d'ordre dans notre description.

1° Maladies Eruptives

De toutes les maladies aiguës qui peuvent frapper la femme enceinte, certes, les maladies éruptives sont celles qui amènent les plus grands désordres et les accidents le plus souvent mortels. Ceci se conçoit d'ailleurs *à priori*, étant donné la gravité exceptionnelle de ces maladies chez n'importe quels individus. Elles ont toutes pour caractère d'être accompagnées d'une fièvre intense, d'une température souvent excessive. Quoi de plus naturel alors que de voir l'avortement et toutes ses conséquences se produire. Cependant, un autre caractère de ces maladies, c'est de se présenter sous diverses formes ; ces formes sont variables comme intensité, et par conséquent les accidents sont variables aussi ; souvent on ne les observe pas. Une variole discrète permettra le cours de la grossesse ; une scarlatine fruste, au contraire,

pourra amener la mort de la femme sans qu'on puisse s'expliquer la cause du décès.

Nous nous occuperons successivement de la variole, de la rougeole et de la scarlatine. Les observations, quand il y aura lieu, suivront notre description.

A. Variole. — Ce que nous avons dit plus haut des maladies éruptives en général s'applique surtout à la variole. C'est dans cette maladie, en effet, que nous pouvons constater ces différentes formes, qui varient surtout par l'intensité des symptômes généraux, et qui par conséquent se comportent vis-à-vis de la grossesse comme des maladies bien distinctes. Tandis que la varioloïde ne produit pas ou presque pas d'accidents, la variole confluente, au contraire, amène des perturbations telles que l'avortement et trop souvent la mort en sont le résultat. Les trois observations qui suivent sont assez concluantes, nous le croyons.

Comment la variole agit-elle sur la femme enceinte ? Nous pouvons diviser cette question en trois points : 1° la variole, d'abord, produit presque toujours l'avortement ou l'accouchement prématuré. L'interruption de la grossesse a été attribuée à plusieurs causes. Pour Serres (1), c'est la métrorrhagie qui amène le plus souvent l'avortement, et ce symptôme ne manque que très rarement. Gariel (2) est du même avis. Chaigneau (3), Spiegelberg (4), après quelques réserves, se montrent disposés à admettre la toute puissance de ce symptôme, qui cependant manque assez souvent pour ne pas l'admettre comme cause unique de l'interruption de la grossesse. En tout cas, la variole cohérente et confluente amènent presque toujours l'avortement, et cela directement. (Obs. II et III.)

Mais la maladie peut amener l'avortement d'une façon indirecte, et

(1) Serres, Gaz. méd. de Paris, 1832.
(2) Gariel, Thèse de Paris, 1837.
(3) Chaigneau, Thèse de Paris, 1847.
(4) Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshülfe

cela en tuant le fœtus. Dans ce cas, la mort du produit de la conception est attribuée par la généralité des auteurs, par Hourlier (1), Chaigneau, etc., à l'influence des hautes températures sur la vie du fœtus. (Obs. I.)

En résumé, la variole, quand elle est grave (discrète ou confluente), provoque presque fatalement l'avortement, soit directement, en amenant les contractions utérines, soit indirectement, en tuant le fœtus, qui, dès lors, doit être expulsé dans un délai plus ou moins rapproché.

Avec Jobard (2), nous distinguons ici les trois formes de la variole : 1° varioloïde ; 2° variole discrète ; 3° variole confluente. Dans les deux derniers cas, l'avortement devient la règle. Inutile de dire que la forme hémorrhagique est la plus dangereuse.

C'est dans ces derniers cas surtout que l'avortement survient dès le début de la maladie, au moment des symptômes fébriles exagérés, souvent avant l'éruption (Obs. I), ce qui ne nous permet nullement d'admettre le mécanisme indiqué par Serres, Gariel et Chaigneau, qui font de la métrorrhagie le symptôme nocif par excellence. Pour nous, nous croyons que la température est le principal facteur de l'avortement, et nos trois observations sont concluantes.

Plus tard, quand la maladie a suivi son cours, que l'éruption s'est faite complètement, nous admettons volontiers que le germe infectieux de la maladie a la plus grande part dans la genèse des accidents abortifs.

Si maintenant nous considérons la mort du fœtus comme déterminant l'avortement à une échéance plus ou moins éloignée, nous pourrons expliquer cette mort de la même façon ; au début, l'action de la température est évidente ; plus tard, le microbe infectieux peut tuer le fœtus, qui dans ce dernier cas arrive à l'extérieur sans aucune marque extérieure de la maladie, ou au contraire avec des traces très évidentes d'éruption variolique.

(1) Hourlier, Thèse de Paris, 1880.
(2) Jobard, Thèse de Paris, 1880.

Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur la façon dont les hautes températures peuvent amener les accidents, soit qu'elles influent directement sur la mère, soit qu'elles amènent la mort du fœtus.

Les choses ne se passent pas toujours ainsi, et même dans les varioles assez graves, mais surtout dans les varioloïdes et les varioles discrètes, l'avortement peut très bien ne pas survenir ; mais en somme, les cas de ce genre sont excessivement rares. Pour être complet, nous devons dire que l'enfant arrivé à terme ou a peu près naît chétif quand il ne porte pas les marques extérieures de la variole.

Nous n'insisterons pas sur ces derniers faits, que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer.

Il nous reste encore à étudier la marche ultérieure de la variole chez la femme avortée. Tous les auteurs ont insisté sur sa gravité spéciale après l'avortement. Non seulement la variole prend un caractère plus grave (forme hémorrhagique) mais encore elle prédisposerait les femmes à subir des accidents puerpéraux (septicémie, fièvre puerpérale, etc.) très graves.

De plus, la marche de la maladie se trouve le plus souvent enrayée (Obs. III). Ainsi, souvent l'éruption disparaît et la malade meurt avec des symptômes, des congestions viscérales qui, dans ce cas, expliquent très bien la fréquence des hémorrhagies secondaires.

Nous ne saurions nous étendre davantage sur cette question de la variole chez les femmes gravides. Fidèle au cadre que nous nous sommes tracé, nous n'avons donné cette grande étendue au présent article que pour appuyer nos observations.

Au nombre de trois seulement, nous devons les deux premières à un de nos amis ; la troisième, déjà publiée, nous avons été à même de l'observer personnellement ; nous nous permettons néanmoins de la transcrire ici telle qu'elle a été publiée dans les comptes-rendus de la clinique obstétricale de Montpellier. Au point de vue de la pathogénie des accidents, ils doivent être attribués, dans les trois cas, à l'élévation excessive de la température ; mais dans le premier cas, l'hyperthermie a tué le fœtus, d'où avortement ; dans les deux autres,

les fœtus sont arrivés vivants ; la température n'a agi que sur l'organe gestateur. Quant aux résultats finals pour les enfants et les mères, ils ont été bien différents.

Observation I

(Due à l'obligeance de M. le docteur Gerbaud, chef de clinique obstétricale)

Primipare arrivée au troisième mois de la grossesse. — Avortement. — Apparition d'une éruption variolique très discrète deux jours après l'accident.

Au mois de février 1880, à Salindres (Gard), je fus appelé à donner des soins à la dame C..., âgée de vingt-deux ans environ, mariée depuis quelques mois.

Je trouvai ma malade en proie à une céphalalgie intense ; elle avait, en même temps, un lumbago bien accentué, et comme nous nous trouvions à Salindres en pleine épidémie de variole, ces symptômes me firent redouter d'avoir affaire à une nouvelle victime du fléau.

Mme C... me fit savoir qu'elle était enceinte d'environ cinq mois, qu'elle avait senti remuer son enfant depuis quelques jours seulement, et que depuis la veille elle ne percevait plus aucun mouvement. L'utérus était en effet assez développé ; comme je ne pouvais me livrer à de longues explorations, je me bornai à prescrire une infusion de violette, bien persuadé qu'il s'agissait d'une variole au début.

Le soir, la température axillaire était de 39°,7.

Le lendemain, même état ; le lumbago est un peu plus accentué ; la malade se plaint d'avoir eu quelques coliques dans la nuit ; T. 39°,2. Le troisième jour, dans la matinée, la femme, éprouvant de fortes douleurs abdominales depuis la nuit, avertie par moi de la possibilité d'un avortement, fit prévenir la sage-femme, qui constata qu'effectivement le col commençait à se dilater. La femme ne tarda pas à avorter vers 11 heures du matin, douze heures environ après le début du travail.

Le fœtus était mort ; la peau offrait des traces de macération à un léger degré.

Le placenta ne venant pas facilement, la sage-femme me fit prévenir aussitôt.

Je pus constater qu'il n'y avait qu'une très légère hémorrhagie et que le délivre était fortement engagé dans le col, un peu revenu sur lui-même. Il n'y avait qu'à attendre, dans une circonstance de ce genre. Deux heures après, la délivrance s'effectuait spontanément, accompagnée d'une perte minime.

Le soir, je revois ma malade ; l'état général est satisfaisant ; la température semble être peu élevée. Je fais continuer les infusions aromatiques.

Le lendemain matin, la chaleur est plus forte ; j'examine avec soin les régions faciale et cervicale ; il semble que l'éruption tend à se faire, mais on n'oserait l'affirmer ; en promenant les doigts sur la région, on ne perçoit aucun relief. On sait combien cette sensation de pointillé en relief a de l'importance au point de vue du diagnostic posé prématurément.

Par contre, le surlendemain le doute n'était plus possible, et je me trouvais bien en présence d'une variole, des plus discrètes, il est vrai.

La maladie évolua sans incidents notables ; à signaler cependant un écoulement qui resta sanguinolent jusqu'au huitième jours après l'avortement. Les seins ne devinrent pas turgescents. Ce fut là le seul symptôme que je pus constater.

Ainsi donc, c'est bien la haute température au début qui a amené les accidents. Ici la marche a été nettement observée. Fièvre d'invasion, mort du fœtus, avortement suivi de l'éruption variolique. Marche régulière de la maladie ; marche anormale des suites de couches ; enfin guérison sans le moindre incident.

Observation II

(Communiquée par M. le docteur GERBAUD)

Multipare arrivée presque à terme. — Variole discrète. — Accouchement prématuré le jour de l'éruption. — Guérison

Je fus appelé à Salindres également chez M^me^ D..., qui éprouvait tous les symptômes de la variole au début. Cette dame, mère de deux enfants, était actuellement enceinte de huit mois et demi à peu près.

Rien de particulier à signaler pendant la durée de la grossesse.

Le lendemain, l'éruption variolique apparut ; elle était discrète et les symptômes généraux peu accentués. La température, le matin de ce jour, était de 39° seulement. Après les prescriptions nécessaires, je me retirai, espérant, à cause de la bénégnité du cas, que les complications possibles, vu l'état de grossesse, ne surviendraient pas.

Le jour suivant, au matin, je fus grandement détrompé. Le lumbago des premiers jours, qui avait disparu, était revenu dans la nuit, et je fus obligé de me rendre à l'évidence ; la matrice, en effet, se contractait régulièrement toutes les cinq minutes.

La sage-femme fut appelée, et à midi, quand je revins, je trouvai ma cliente accouchée déjà et mère d'un petit garçon d'assez belle venue.

Les suites de couches furent des plus normales comme l'accouchement lui-même. Dix jours après, Mme D... était parfaitement rétablie.

Observation III (1)

Secondipare. — Variole au sixième mois et demi de la grossesse. — Avortement. — Disparition de l'exanthème et mort deux jours après l'expulsion du fœtus.

Rosalie B..., âgée de vingt-trois ans, originaire du Gard, entre à la clinique le 3 décembre 1883.

Nous ferons remarquer qu'à cette époque une épidémie de variole sévissait à Montpellier, et que le service des varioleux à l'hôpital était des plus chargés. Cette femme n'avait jamais été vaccinée, ainsi que nous avons pu nous en assurer.

(1) Nous avons pu voir le cas suivant, qui s'est produit à la clinique au mois de décembre 1882. Nous nous permettons de le publier *in extenso*, tel qu'il a été relaté dans le compte-rendu de la clinique obstétricale de Montpellier 1882-83, par le docteur Gerbaud, chef de clinique. (*Montpellier médical*, 1884.)

Son séjour à la clinique, du 3 novembre au 16 décembre, ne fut marqué par aucun incident. Rosalie, à son entrée, était enceinte de cinq mois environ.

Le 16 décembre au soir, cette femme éprouva du malaise, des douleurs lombaires, de la céphalalgie. Les douleurs lombaires existent déjà depuis deux ou trois jours ; elles sont devenues de plus en plus intenses. Les contractions utérines, quoique faibles, sont très évidentes. La femme a remarqué en outre que son ventre a augmenté de volume presque tout d'un coup. Néanmoins, elle sent remuer l'enfant comme à l'ordinaire. A l'auscultation cependant, on peut constater des troubles notables chez le fœtus. Les mouvements du cœur ne sont ni accélérés ni ralentis, mais le second bruit a complètement disparu ; le bruit systolique seul persiste, mais affaibli.

On prescrivit le repos le plus absolu au lit, un liniment calmant en frictions sur l'abdomen et un quart de lavement avec trente gouttes de laudanum. Ce lavement ne put être gardé ; cependant, les douleurs et les contractions diminuèrent d'intensité et de fréquence. Dans la journée du 17 décembre, on renouvela deux fois les frictions, et il fut administré deux lavements laudanisés. Vers 4 heures du soir, malgré cette médication énergique (les deux lavements avaient été gardés), les douleurs reprirent leur première intensité. Vers 6 heures, l'interne constata l'existence des contractions utérines ; beaucoup d'agitation ; le ventre était très ballonné, et il s'était produit quelques vomissements. Il prescrivit alors l'extrait gommeux d'opium, 0, 05 cent., en cinq pilules, qui furent administrées toutes les demi-heures. Vers dix heures du soir, le calme était revenu, il n'y avait plus de contractions. La nuit fut assez bonne.

Le 18 décembre, vers 4 heures du matin, les contractions de l'utérus survinrent de nouveau ; la température fut prise : le thermomètre monta à 39°,6; le pouls avait 100 pulsations. La langue était très chargée et la céphalalgie beaucoup plus marquée.

Nouvelle prescription de 0, 05 centigr. d'extrait gommeux, administrés comme la veille. Néanmoins, l'état de la malade persiste jusqu'au soir. A 8 heures, on observe une température de 40° ; le pouls bat 104 pulsations.

Jusqu'alors il était permis de croire à une simple imminence d'avortement dont la cause n'était nullement déterminée. Mais la température élevée permettait dès lors de craindre une complication très grave. Ces fâcheuses prévisions se réalisèrent dès le lendemain.

Le 19 au matin, la température était de 39°,3; le pouls à 104 ; la rémission, on le voit, était faible. Les contractions avaient amené pendant la nuit l'issue d'une petite quantité de sang par la vulve. Dans la matinée, elles cessèrent à

peu près complètement. Le col utérin, qui les jours précédents n'avait subi aucune modification appréciable, était complètement effacé. Le travail n'avait donc que trop bien marché. On administra une nouvelle dose d'opium. Le calme dura dans la journée. Le soir, la température était de 39°,5 ; le pouls de 160 ; le calme persistait.

Mais un phénomène de la plus haute importance était apparu. Dans la soirée, il se fit une éruption variolique des mieux caractérisées sur la face, les épaules et les bras. Le diagnostic était fait et le pronostic aussi, on peut le dire sans ambages, la femme n'ayant jamais été vaccinée. L'éruption était cohérente, et dès le lendemain elle couvrait le corps tout entier.

Le 20 décembre, beaucoup d'agitation le matin ; dans la nuit, il y avait eu un peu de délire. T. 39° ; P. 104.

Prescriptions : potion avec

Infusion de sauge	120	gram.
Acét. d'ammoniaque.....	1	—
Musc.	1	—
Oxyde de zinc.....	0.50	
Sp. d'éther.....	30	—

Plus une décoction de quinquina de 250 grammes.

A 2 heures du soir, la femme dormit.

A 3 heures, elle se réveilla brusquement. Il venait de se produire une contraction utérine énergique qui détermina la rupture de la poche des eaux. Le liquide amniotique était très abondant ; l'interne l'évalua à près à trois litres. Ceci coïncidait bien avec l'augmentation brusque du ventre signalée au début de cette relation.

Le col fut trouvé dilaté comme une pièce de 2 francs. Le travail s'était fait à la sourdine. A partir de la rupture des membranes, il marcha au contraire très rapidement. L'expulsion du fœtus eut lieu à 5 heures du soir. Il était venu par le sommet en o. i. dr. la position n'a pas été exactement déterminée. Il était vivant, du sexe masculin, peu développé encore. Son poids et ses dimensions nous permirent de conclure à une grossesse de six mois et demi. Il vécut neuf heures environ. La délivrance fut normale. A 7 heures, expulsion de caillots, suivie d'une hémorrhagie inquiétante arrêtée par le seigle ergoté.

On prescrivit en outre, vu l'état d'affaissement de la malade, une infusion de thé avec du rhum et une dose de 4 gram. d'acétate d'ammoniaque. La nuit fut très calme, sauf quelques douleurs abdominales. La perte sanguine

se reproduisit et l'écoulement eut lieu d'une façon presque continuelle, mais il fut peu abondant.

Le 21 décembre, dépression profonde ; la malade ne parle qu'avec peine. Le pouls est très petit. L'éruption a pâli d'une façon générale et a disparu en bien des points. T. 38°,2 ; P. 96.

Potion alcoolique de la veille.

Frictions énergiques avec des molletons imprégnés de vapeurs de benjoin.

Le soir, douleurs abdominales très vives ; beaucoup d'agitation ; crampes dans les jambes ; douleur à la gorge avec dysphagie : céphalalgie très vive, délire, pouls imperceptible.

L'éruption disparaît complètement. T. 37°,3 ; P. 80.

Frictions avec la flanelle benzoïnée ; cataplasmes sinapisés sur les membres et le thorax. Potion alcoolique avec trente gouttes de laudanum ; pommade mercurielle belladonée sur le ventre.

Le 22, dépression plus remarquée que la veille. Pouls très faible. Douleur à la gorge et dysphagie très accentuées. Toux et phonation rauques ; crachats rougeâtres. La douleur abdominale a diminué. T. 37°,2.

Même traitement, en plus, injection sous-cutanée de 1 gram. d'éther, suivie au bout d'une demi-heure d'une légère amélioration ; le soir à 3 heures, nouvelle injection d'éther.

A 6 heures, la femme a perdu connaissance ; autre injection d'éther.

A 7 heures, excitation vive, convulsions, contractures musculaires, délire, coma.

A 9 heures, nouvel accès convulsif et mort.

B. Rougeole et scarlatine. — La rougeole est une maladie bien rare pendant la grossesse, et il n'y a pas lieu de s'en étonner, cette maladie ne survenant que d'une façon tout à fait insolite chez les adultes.

N'ayant pas de faits nouveaux à produire ici, nous ne nous étendrons pas longuement sur cette affection. Nous nous bornerons à indiquer les opinions des principaux auteurs qui ont fait des communications à ce sujet.

Grisolle et Cazeaux ont observé deux cas où la grossesse a pu suivre son cours. Levret, au contraire, avait affirmé que la rougeole était généralement accompagnée d'avortement.

Ces affirmations si opposées ne prouvent qu'une chose, c'est que les auteurs ont observé des séries bien différentes au point de vue de la gravité.

D'après Bourgeois, cité par Charpentier, dans un cas, l'enfant serait né avec la rougeole et n'aurait pas tardé à succomber. Gautier (1), sur onze cas d'accouchement prématuré, a vu six enfants présentant des taches morbilleuses. Enfin, dans beaucoup de cas, la mort du fœtus serait la vraie cause de l'avortement.

L'état puerpéral n'influerait en rien sur la marche et l'issue de la maladie, qui se montre bénigne pour la mère dans la majorité des cas, et qui pour l'enfant ne serait dangereux qu'autant que l'expulsion a eu lieu longtemps avant terme ou que la fièvre éruptive a atteint le fœtus lui-même.

La *Scarlatine* a, à notre avis, beaucoup plus d'importance, et bien que, pas plus que pour la rougeole, nous n'ayons de faits nouveaux à produire, nous donnerons ici plus de développement à cet article. Les auteurs du siècle dernier se sont surtout occupés de cette importante question, et tandis que, pour les uns, la scarlatine était toujours identique à celle que nous observons chez les enfants, beaucoup d'autres avaient pensé que l'état de grossesse, et surtout l'état puerpéral, comportait une scarlatine tout à fait spéciale, que l'on avait désignée par les noms très significatifs de fièvre miliaire (2), de fièvre rouge ou de pourpre bleu (3), de miliaire rouge (4). Mais ce fut surtout Malfatti qui mit en avant cette idée de scarlatine puerpérale (5), qui

(1) Gautier, Annales de gynécologie, 1879.
(2) Hamilton, Tractatus de febri miliari, 1770, cité par Olshausen.
(3) Hecquet, Med. et chirurg. des pauvres, 1740.
(4) Ludwig, Institut. médic. clinicæle, 1758.
(5) Malfatti, Hufelands journal, XII, 1801.

fut reprise par des Français, Senn (1), en 1825, et Guéniot, en 1862 (2). En Allemagne, Olshausen (3) a peut-être été le seul à combattre cette idée d'une scarlatine spéciale à la femme grosse ou en couches. Il s'est attaché à démontrer que la scarlatine est toujours une et qu'elle ne saurait être confondue avec certaines éruptions semblables chez les femmes grosses. Dans tous les cas, il n'y a pas lieu, ce nous semble, de faire de cette affection un type à part, puisque dans tous les cas que nous avons pu lire dans l'article d'Olshausen, les symptômes n'ont rien présenté de particulier chez les femmes grosses ou accouchées. Avec l'accoucheur allemand, nous conclurons qu'il n'y a aucune différence entre la soi-disant scarlatine puerpérale et la scarlatine normale. Ce qui a trompé la plupart des auteurs, c'est le grand nombre de cas qui surviennent dans les premiers jours après l'accouchement. Il peut n'y avoir là qu'une simple coïncidence ; mais ici comme dans la variole, l'éruption caractéristique ne se produirait que lorsque la fièvre d'incubation a déjà produit ses effets abortifs ; d'où l'apparition qui semble retardée.

De ce que la scarlatine est plus grave chez les accouchées, nous n'avons pas lieu de nous étonner ; l'accouchée étant vis-à-vis de la scarlatine, comme vis-à-vis de toute autre maladie grave, un sujet *minoris resistentiæ*. Nous n'avons pas l'intention de démontrer ici que la scarlatine puerpérale n'existe pas. Les quelques raisons émises plus haut suffisent. Il nous reste à examiner quel rôle cette maladie peut jouer pendant la grossesse et après l'accouchement.

Comme la variole, la scarlatine amène le plus souvent l'avortement ou bien l'accouchement prématuré.

Il résulte de ce fait que l'enfant naît mort avant le septième mois, vivant après cette époque, et dans ce dernier cas, il peut naître avec les traces de la maladie aussi bien que dans la variole. Cependant,

(1) Senn, Essai sur la scarlatine puerpérale. Th. de Paris, 1832.
(2) Guéniot, sur la Scarlatinoïde puerpérale, Th. de Paris, 1862.
(3) Olshausen, Arch. fur gynækologie, 1876.

même à l'époque de la viabilité, si la maladie de la mère est grave, l'enfant peut être mort-né. Le plus souvent, ainsi que l'a remarqué Olshausen, l'éruption n'apparaît qu'après l'expulsion du fœtus ; nous en avons donné plus haut les raisons, et nous reviendrons sur ce sujet dans notre étude d'ensemble sur les maladies qui peuvent compliquer la grossesse. Il n'est pas nécessaire, croyons-nous, d'expliquer ce fait assez général par une durée plus considérable du stade d'incubation, ainsi que le veut Olshausen, qui admet des périodes d'incubation durant des mois entiers. D'autres faits, d'ailleurs, contredisent cette manière de voir.

Donc, l'influence de la grossesse sur la marche de la scarlatine serait nulle, mais les suites de couches lui imprimeraient une marche particulièrement grave. Il se ferait, comme dans la variole, une véritable résorption du poison scarlatineux, et la mort de l'accouchée serait la règle. Heureusement que les cas de scarlatine, comme ceux de rougeole, sont peu fréquents chez les adultes et par conséquent chez les femmes enceintes.

Pour être complets, les auteurs qui ont eu le rare bonheur d'observer la scarlatine pendant les suites de couches auraient dû, ce nous semble, s'occuper d'un facteur très important dans l'étiologie des accidents puerpéraux, facteur que nous trouvons le plus souvent engendré de toutes pièces par la scarlatine. Nous voulons parler de la *détermination rénale* de la scarlatine, qui, le plus généralement, se traduit par une néphrite albumineuse plus ou moins intense. Il nous semble qu'il y aurait tout un chapitre très intéressant à faire sur cette question et, à l'occasion, nous ne manquerions pas de faire des recherches dans ce sens. Il y aurait là peut-être l'explication de la gravité toute particulière de la scarlatine après les couches et l'explication de certaines albuminuries graves survenant pendant des époques d'épidémie de scarlatine chez les femmes enceintes ou accouchées, alors que l'éruption ne se serait pas manifestée. N'y a-t-il pas, enfin, des cas de scarlatine frustes qui se révèlent le plus souvent à l'autopsie seulement par la constatation des lésions rénales ? Comme l'a écrit un des Maîtres de notre Ecole,

M. le professeur Dumas « L'activité du rein, ainsi exagérée (par n'importe quelle cause), peut entretenir chez lui un état habituel de congestion ou même d'inflammation qui peut survivre à sa cause et, après avoir secrété de l'albumine sous une influence étrangère, le rein, comme le dit Gubler « entretient alors l'albuminurie pour son propre compte ». « C'est alors que s'observe la néphrite albumineuse secondaire, lorsque à l'hypérémie habituelle du rein vient s'ajouter une cause accidentelle comme le froid ou une tendance aux congestions qui accompagnent les fièvres. » (1).

Ne pourrait-on donc pas considérer la scarlatine comme l'épine qui détermine des accidents rénaux d'autant plus graves que le sujet sera déjà prédisposé par le fait même de la grossesse ? Nous soumettons cette idée à tous ceux qui pourront observer de nouveaux cas de scarlatine accompagnant la grossesse ou suivant l'accouchement.

2° Affections aiguës de l'appareil respiratoire

La gravité considérable des affections pulmonaires pendant la grossesse n'a échappé à aucun des auteurs qui se sont occupés de cette question. Elles ont, en effet, un retentissement sérieux sur la santé de la femme, et trop souvent elles amènent l'avortement.

Quelques auteurs ont voulu voir dans cette gravité exceptionnelle des maladies respiratoires un résultat des modifications imprimées au thorax par la grossesse. Il nous sera facile de démontrer que ces modifications n'entrent que pour peu de chose dans la pathogénie des accidents.

Tout d'abord, au début de la grossesse, le thorax reste absolument ce qu'il était auparavant. Il ne saurait y avoir de modifications dans l'étendue du champ respiratoire. Par conséquent, la pneumonie, par exemple, ne pourra devenir plus grave à ce moment que pendant l'état de vacuité.

(1) L. Dumas, Thèse d'agrégation, 1880.

Plus tard, à la fin de la grossesse, le thorax subit des modifications importantes ; reste à savoir si ces modifications entraînent une diminution dans le champ respiratoire. Grâce aux travaux de Küchenmeister, de Fabius, et Dohrn (1), voici ce que l'on sait sur les déformations du thorax qui surviennent à la fin de la grossesse. Le diaphragme étant refoulé vers le haut et ne pouvant s'abaisser au moment de l'inspiration, tiraille fortement ses insertions. Il en résulte un aplatissement marqué de la base du thorax dans le sens antéro-postérieur ; mais cet aplatissement se trouve en grande partie compensé par un élargissement très marqué dans le sens transversal. Il résulte donc de tout ceci qu'à la fin de la grossesse le champ respiratoire ne serait que fort peu diminué par le fait de cette déformation.

Mais si l'étendue des mouvements respiratoires se trouve peu diminuée, la fonction ne s'en opère pas moins d'une façon plus pénible pour ainsi dire, à cause des modifications que la grossesse amène dans les échanges gazeux qui se font au niveau des poumons.

D'après Andral et Gavarret, l'exhalation d'acide carbonique par les poumons augmente pendant toute la durée de la grossesse. Ce fait, à notre avis, est d'une grande valeur quand il s'agit d'expliquer la gravité spéciale des affections pulmonaires pendant la grossesse. En effet, l'exhalation plus considérable d'acide carbonique indique quelle est l'importance pour ainsi dire plus grande de la respiration pendant la grossesse ; de là ne peut-on pas conclure que toute maladie attentatoire à l'intégrité de cette fonction deviendra plus grave au moment où l'organisme peut se passer moins que jamais, s'il nous est permis de dire ainsi, des organes de l'hématose ?

Mais serait-ce seulement en diminuant le champ respiratoire que les maladies pulmonaires acquerront tant de gravité ? Nous ne le croyons pas. Si nous considérons ce qui se passe dans les maladies chroniques de l'appareil respiratoire, dans la phtisie par exemple, nous voyons que la grossesse peut très bien évoluer. Ce qui fait ici la gravité des maladies

(1) Dohrn, Monatschrift für geburtskunde, t. XXIV.

aiguës, c'est encore la fièvre, on peut bien le dire ; seulement, ici elle pourra amener l'expulsion du fœtus de deux façons différentes : ou bien la haute température amènera la mort de l'enfant et l'avortement se fera, ou bien, et cela est bien plus fréquent ici que dans les autres cas que nous avons passés en revue, la fièvre, en déterminant une augmentation de l'acide carbonique, qui, d'autre part, ne peut s'éliminer facilement, à cause de l'encombrement pulmonaire, amène l'asphyxie du fœtus et plus souvent encore des contractions prématurées de l'utérus. On sait, en effet, et Brown-Séquard a mis ce fait en pleine lumière, que l'acide carbonique accumulé dans le sang ne tarde pas à mettre en jeu la contractilité des fibres lisses de l'utérus.

Nous croyons que ces causes, qui peuvent, en somme, se ramener toujours à une seule, à la fièvre (bien qu'ici il soit nécessaire d'admettre l'importance des lésions anatomiques des poumons), sont suffisantes pour expliquer les accidents que nous rencontrons dans les maladies graves du poumon chez la femme grosse. Nous accorderons donc moins de crédit à la surcharge veineuse du cœur de Ricau, à l'insuffisance fonctionnelle du cœur de Fasbender, à l'influence mécanique de la toux sur l'utérus gravide de Mauriceau, de Churchill, de Capuron et de Cazeaux.

Ces considérations générales étant terminées, nous nous occuperons successivement des maladies aiguës les plus fréquentes de l'appareil circulatoire, c'est-à-dire de la pneumonie, de la pleuresie et enfin de la bronchite.

A. Pneumonie. — Cette maladie mérite une attention spéciale, à cause de sa gravité pendant la grossesse et à cause de l'influence énorme qu'elle a sur la gestation. Nous ne pouvons admettre avec Ricau (1) et Devillers (2) que les femmes enceintes y soient prédisposées à cause des altérations du sang, et surtout par suite de l'aug-

(1) Ricau, Thèse 1874.

(2) Devillers, Dict. de méd. prat., art. Avortement.

mentation de la fibrine. La cause de la pneumonie est, en somme, presque unique : c'est le refroidissement ; et l'on ne saurait admettre que par suite d'une prédisposition qui mériterait d'être bien démontrée les femmes grosses s'exposent au refroidissement plus facilement que les autres. Quoi qu'il en soit, la pneumonie peut survenir à toutes les périodes de la grossesse ; mais d'après les chiffres des statistiques, son influence sur la gestation serait beaucoup plus marquée près du terme.

Ainsi, Ricau, résumant quarante-trois observations de pneumonie gravidique, constate que pendant les six premiers mois, il y a plus d'un tiers d'avortements, mais pendant les trois derniers mois, l'accouchement prématuré est survenu dans les deux tiers des cas.

Si l'on considère maintenant le pronostic pour l'enfant, on voit qu'il est excessivement grave. A part les avortements, nous trouvons, d'après Ricau encore, que, sur dix expulsions prématurées, les dix enfants nés viables ont presque tous succombé au bout de quelques heures, quatre seulement ont survécu, et encore étaient-ils presque à terme.

Le pronostic n'est pas moins grave pour la mère, ainsi que le démontre le tableau suivant, emprunté au livre de M. le professeur agrégé Charpentier.

	Mortalité
Grisolle	92,8 0 0
Ricau	35,8 —
Bourgeois	75 —
Wernick	21,1 —
Chatelain	39 —

Le pronostic est d'autant plus sérieux que la grossesse est plus avancée, ce qui explique les différences colossales des chiffres précités. La mort de la mère peut survenir avant l'expulsion du fœtus, même lorsque cette expulsion n'avait aucune tendance à se produire ; mais on peut affirmer que la mort survient le plus souvent après l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Il nous reste à examiner une question qui a donné lieu à des controverses nombreuses. Doit-on, comme traitement ultime, pratiquer l'avortement ou l'accouchement artificiels. *A priori*, si nous consultons les chiffres, qui attribuent une plus grande mortalité aux femmes délivrées, on pourrait croire que l'opération en question doit être rejetée. Cependant, Désormaux, Grisolles, Stoltz, Cazeaux, Marchant, considèrent l'avortement comme tellement favorable à la résolution de la pneumonie qu'ils conseillent l'opération. En Allemagne, on est moins affirmatif ; Wernich, Hegar, Wegscheider, Martin, etc., la rejettent absolument. Charpentier ne l'admet que dans les cas tout à fait graves (pneumonies doubles, complications cardiaques, etc).

Pour nous, nous croyons, malgré notre incompétence, devoir la rejeter totalement, et cela pour les raisons suivantes : si l'on provoque l'accouchement, il survient d'abord pendant les douleurs un surcroît de travail pour le cœur ; la circulation est gênée, surtout dans les parties supérieures du corps ; la respiration devient irrégulière, les poumons sont le siège d'une hypérémie considérable, et à cause de la pléthore séreuse gravidique, il peut se produire facilement un œdème pulmonaire. Voilà donc une première aggravation qui résulte du fait seul du travail.

Si nous examinons maintenant ce qui doit se passer après l'accouchement, nous voyons que la pression sanguine augmente encore ; il en résulte bien une fréquence moindre du pouls ; mais ce phénomène n'a aucune importance, la concentration interne en a davantage. Le diaphragme, à cause du tympanisme abdominal, n'acquiert pas un pouvoir d'excursion bien plus grand, et même, en supposant qu'il se meuve plus librement, il en résulte qu'à chaque profonde inspiration, non seulement une plus grande quantité de sang veineux se précipite dans le thorax, mais en même temps il se fait une surcharge veineuse dans les artères pulmonaires, et cela dans un moment où la plus grande partie de la surface pulmonaire n'est plus apte à fonctionner. Qu'a-t-on gagné dans ce cas ? une surcharge de travail pour le ventricule droit et un engouement pulmonaire qui diminue encore le champ

respiratoire. L'avortement ou l'accouchement provoqués ne doivent donc pas être tentés ; il faut se borner au traitement médical.

Nous regrettons de n'avoir pas des faits personnels à reproduire ici. Nous avons pensé qu'il était inutile de citer à nouveau les observations déjà parues dans d'autres travaux.

B. Pleurésie. — Cette maladie est loin de présenter la même gravité que la pneumonie ; d'ailleurs, c'est une affection beaucoup plus rare encore que cette dernière pendant le cours de la grossesse. Au point de vue de la forme, on rencontre assez souvent la forme aiguë séro-fibrineuse, mais d'après Léopold, la plus fréquente serait la forme exsudative avec épanchement plus ou moins considérable. La première forme est plus favorable, car l'épanchement semble avoir ici une influence directe sur la marche de la grossesse. Ce point réservé, nous pouvons dire encore ici que la température joue le plus grand rôle dans la genèse de l'avortement ou de l'accouchement prématuré. La pleurésie n'est pas, il est vrai, la plupart du temps accompagnée d'une élévation de température trop marquée, de là la rareté des accidents abortifs au début. Ce n'est que plus tard, si l'épanchement pleural devient trop considérable, que des troubles de la gestation peuvent survenir. La pleurésie double, à ce titre, devient donc un danger pour la femme enceinte. En général, donc, la grossesse peut évoluer.

Il y a ici deux facteurs qui interviennent pour interrompre la grossesse : la fièvre du début et l'épanchement, quand il existe et qu'il devient très considérable. Dans ce dernier cas, il survient de la dyspnée, la fonction de l'hématose se fait très mal, et, comme dans la pneumonie, il en résulte une demi-asphyxie graduelle, une surcharge d'acide carbonique dans le sang, qui expliquent suffisamment le mécanisme de l'avortement. Cette dyspnée amène souvent, d'ailleurs, une fluxion compensatrice dans l'autre poumon, ce qui est loin d'amener un amendement dans l'état du malade.

Au début de la maladie, la dyspnée est tout simplement sympto-

matique ; elle résulte de la fièvre. Plus celle-ci sera intense, plus la dyspnée deviendra dangereuse pour le fœtus. Dans ce cas, l'avortement survient parce que le fœtus meurt dans le sein de sa mère. L'Observation IV, qui suit, est un exemple assez concluant de l'influence de la pleurésie sur la marche de la grossesse. Mais, nous le répétons encore, la grossesse évolue le plus souvent, et l'accouchement est aussi normal que possible. Aussi Charpentier a pu réunir vingt observations à ce sujet, empruntées à Bourgeois, Fischl, Léopold, Baratgin (Thèse de Paris, 1880), Duguet, Budin, etc. Dans ces vingt cas, nous rencontrons trois interruptions de la grossesse seulement. Notre cas (Obs. IV) est un nouvel exemple de cette possibilité d'avortement pendant le cours d'une maladie réputée bénigne à ce point de vue-là. Certains auteurs ont accusé la toux ; nous croyons que la fièvre et la dyspnée qui en résulte dès le début suffisent amplement pour expliquer cet accident.

Il nous reste à examiner quelle est l'influence de la grossesse sur la marche et la terminaison de la pleurésie. Tous les auteurs semblent s'accorder à dire que cette influence est absolument nulle. Il s'agissait surtout de savoir si la nature de l'épanchement restait la même. Après l'accouchement, on pense qu'il y a tendance à la purulence. Nous croyons qu'ici il s'agit de faire une distinction très importante suivant les cas. S'il y a épanchement, nous voulons bien admettre que le liquide se transforme ; mais si l'expulsion du fœtus a lieu dès le début de la maladie, comme dans notre cas, il semblerait que, loin de nuire à la mère, l'avortement aurait pour effet de dériver en quelque sorte la maladie, et, dans ce cas, la durée en deviendrait moins considérable. Ce que nous admettons volontiers, par exemple, c'est que la grossesse par elle-même tend à augmenter la dyspnée. Selon les auteurs, les signes physiques pourraient être légèrement modifiés ; le souffle serait plus rude et la bronchophonie serait assez habituelle.

Quelle différence n'y a-t-il donc pas entre la pleurésie et la pneumonie, si l'on compare l'influence anodine de celle-là avec la gravité de celle-ci.

Cependant, il est des cas où la pleurésie peut devenir sérieuse, eu égard à la marche de la grossesse ; ce sont ceux dans lesquels la bronchite vient la compliquer.

C. Bronchite. — Avant donc de relater notre observation, nous devons dire quelques mots de la bronchite, puisque chez notre malade cette dernière maladie compliquait la pleurésie. Par elle-même, la bronchite aiguë catarrhale ne saurait entraver en rien la marche de la grossesse. Ici les symptômes fébriles sont fort peu accentués, et quand aucune complication ne survient, la maladie se termine dans quelques jours. Ce qui ferait particulièrement sa gravité, ce serait la toux. Les anciens avaient indiqué cette cause d'avortement, que nous ne saurions admettre. Si la toux provoque l'avortement, c'est que la femme est déjà sous le coup de causes prédisposant à la fausse couche. Nous ne saurions comprendre comment les secousses même répétées de toux peuvent amener des accidents, surtout lorsque la grossesse est assez avancée. Ce n'est guère que dans les trois premiers mois que les efforts peuvent avoir un résultat fâcheux. Quand on songe aux traumatismes considérables que peut subir impunément une femme enceinte, on a peine à comprendre comment la toux peut à elle seule produire de si funestes résultats.

Mais on conçoit bien que lorsque la bronchite accompagne une autre maladie de l'appareil respiratoire comme la pneumonie ou la pleurésie, ce qui n'est pas rare, elle peut alors singulièrement assombrir le pronostic (au point de vue de la grossesse bien entendu). C'est un cas de ce genre que nous avons eu l'occasion d'observer pendant le cours de nos études chez une personne que nous connaissions.

Observation IV

(Personnelle)

Primipare. — Pleurésie avec bronchite légère vers le troisième mois de la grossesse. — Avortement accompagné d'une hémorrhagie assez abondante. — Amendement des symptômes pleurétiques. — Guérison.

Mme W..., âgée de vingt ans, fut prise, au commencement du mois de mars 1883, d'un grand malaise avec fièvre et inappétence. Le lendemain matin elle ressentit un point de côté des plus douloureux à gauche, au niveau des cinquième et sixième côtes. Cette dame était alors enceinte pour la première fois, et la grossesse remontait tout au plus à deux mois et demi. Depuis la conception tout s'était bien passé; Mme W... avait joui jusqu'alors d'une excellente santé.

Le surlendemain de son indisposition, vers quatre heures du matin, Mme W... fut prise subitement de violentes coliques dans le bas ventre; les douleurs étaient espacées de cinq en cinq minutes. Une légère hémorrhagie ne tarda pas à apparaître à la vulve, en même temps que les douleurs augmentaient en fréquence et en intensité.

M. le docteur Gerbaud fut appelé auprès de la malade, qui, quelques jours auparavant, l'avait déjà entretenu de son malaise. Se préoccupant avant tout de l'avortement, qui était suffisamment caractérisé par les symptômes décrits plus haut, il constata, et nous pûmes constater après lui que le col était déjà assez largement entr'ouvert pour admettre facilement le doigt explorateur ; la cavité cervicale, évasée par en haut, contenait l'œuf encore intact ; l'hémorrhagie était insignifiante à ce moment. Nous nous trouvions, le docteur et moi, en présence du problème suivant : quelle était la cause de l'avortement ?

La poitrine fut examinée avec soin, et il ne nous fut pas difficile de reconnaître que M^me^ W... était atteinte d'une pleurésie du côté gauche, compliquée de bronchite généralisée du même côté. Les frottements pleuraux étaient très bien perçus, ainsi qu'une multitude de râles sibilants, ronflants par place. C'était peut-être la cause de l'avortement ; mais ce qui nous confirma dans cette idée, c'est que l'état général était mauvais ; le pouls donnait 120 pulsations et la température prise par nous vers dix heures du matin nous donnait 39°,8 environ.

Vers 11 heures du matin, il s'écoula par la vulve une certaine quantité de liquide peu coloré. Nous pratiquâmes le toucher aussitôt ; le fœtus, à découvert maintenant, se présentait par le siège.

Peu de temps après, il était expulsé spontanément au dehors et *encore en vie*. Par conséquent, la maladie intercurrente avait influé sur l'utérus même, et l'avortement était direct. Ce fœtus, qui, bien entendu, succomba aussitôt, avait les dimensions qui dans les auteurs correspondent à trois mois de grossesse ; il était du sexe masculin.

Restait le délivre ; l'hémorrhagie étant insignifiante, nous prîmes le parti de faire de l'expectation jusqu'à l'arrivée du docteur Gerbaud, qui vint vers 2 heures après midi.

A ce moment, le toucher nous permit de constater que le placenta était fortement engagé dans l'orifice externe du col ; les douleurs étaient insignifiantes. Après avoir pris la précaution de faire chercher du seigle ergoté, M. Gerbaud fit l'extraction du placenta, au moyen d'une pince à spéculum conduite sur le doigt. L'opération se fit sans aucune difficulté. A 3 heures, M^me^ W..., délivrée, reposait dans son lit ; l'hémorrhagie, après la délivrance, avait été insignifiante, et l'ergot de seigle ne fut administré que par précaution.

Quant à la pleurésie et à la bronchite concomitante, elles évoluèrent rapidement dans le sens de la guérison. La toux, très forte les deux premiers jours, ne tarda pas à disparaître sous l'influence d'un traitement approprié.

Il se fit un léger épanchement dans la plèvre, mais grâce à l'application de deux vésicatoires volants, les signes physiques ne tardèrent pas à disparaître, et M^me^ W... était complètement rétablie dix jours après l'avortement.

Depuis est survenue une seconde grossesse, qui n'a rien présenté d'anormal; l'accouchement s'est effectué à terme le 30 août dernier.

3° Fièvre typhoïde. — Choléra.

Nous avons rapproché dans le même paragraphe ces deux maladies sans aucune intention de comparaison. Ce sont deux affections bien distinctes, mais qui, au point de vue qui nous occupe, présentent une série d'accidents comparables jusqu'à un certain point. Leur

influence sur la grossesse est des plus graves, et quant à leur gravité pour la mère, elles sont absolument comparables dans leurs effets foudroyants.

La fièvre typhoïde serait rare chez la femme enceinte, s'il faut en croire les assertions de Rokitansky et Niemeyer. Ce n'est point là l'opinion de Forget, Grenser, Griesinger, Kaminsky, Murchinson, qui regardent cette opinion comme trop absolue. Cependant, ces derniers auteurs veulent bien faire une petite concession : la fièvre typhoïde frapperait de préférence les femmes en couches ; elle serait plus rare chez les femmes enceintes. Nous n'avons pas d'opinion personnelle à émettre à ce sujet.

Ordinairement, la fièvre chez les femmes enceintes surviendrait dans les premiers mois de la grossesse. D'après la statistique de Bourgeois, il y aurait, sur trente-quatre cas, vingt-deux cas dans les cinq premiers mois et douze seulement après le septième mois.

Martinet (1) arrrive à la même conclusion : sur neuf malades qu'il a observées, quatre étaient enceintes de six mois et demi, deux de quatre mois, une de trois ; deux seulement avaient dépassé le septième mois de la grossesse. Ce fait avait été déjà signalé par divers observateurs comme Wallichs, Kaminsky, Zuelzer, Duguyot, etc.

Ce qui est beaucoup plus intéressant pour nous, c'est de savoir quelle est la fréquence de l'expulsion du produit de la conception dans le cours de la dothiénentérie.

D'après la statistique de Baratte (2), sur quatre-vingt-quatorze cas de grossesse dans la fièvre typhoïde, l'avortement s'est produit cinquante-sept fois. Martinet, réunissant les faits de Baratte aux siens, arrive à soixante-six avortements sur cent neuf cas.

L'avortement surviendrait donc dans plus de la moitié des cas. Les accidents ne sont nullement en rapport avec la gravité de la maladie.

Quant à l'époque où se produit l'avortement, les auteurs ne sont

(1) Martinet, Union médicale, t. XXXV, 1883

(2) Thèse de Paris, 1882.

pas d'accord. Est-ce au début de la pyréxie, pendant la période d'état ou à la fin de la maladie ? Les uns pensent que c'est à la fin du deuxième septenaire, pendant la période d'état, que se produisent les cas les plus nombreux. Martinet ne l'a observé qu'à la fin du troisième septenaire. Dans notre cas, il s'est produit huit jours après le début des symptômes de la maladie.

Comment concilier tant d'opinions diverses ?

Notre propre expérience ne nous permet de conclure ni dans un sens ni dans un autre. Les accidents, quoi qu'on en dise, doivent se produire plus ou moins tôt, selon la gravité plus ou moins considérable de la maladie, et nous ajouterons, sans trop craindre de nous tromper, selon l'élévation plus ou moins rapide de la température : si la fièvre arrive rapidement à son apogée, comme dans le cas que nous produisons plus loin (Obs. V), plus rapidement aussi l'avortement ou l'accouchement prématuré seront imminents.

Cette donnée nous semble en rapport avec tout ce que nous savons sur l'influence des hautes températures sur la marche de la grossesse.

Que deviennent les enfants? S'ils ne sont pas nés viables, la réponse est facile. Si, au contraire, ils sont nés après le septième mois et vivants, ils ne tardent pas à succomber. La mort n'a généralement aucune cause spéciale; les enfants résistent moins parce que généralement ils sont éloignés du terme normal; dans tous les cas, ils ont subi le contre-coup de la fièvre de la mère ; en faut-il davantage pour amener une terminaison fatale ? Martinet (1) ne cite qu'un seul cas dans lequel l'enfant a vécu ; encore s'agit-il d'un fœtus de huit mois et plus.

Nous avons dit plus haut que la mort n'était due en aucune façon à une cause spéciale.

En effet, les enfants ne meurent pas atteints par la fièvre typhoïde. Dans un seul cas, cité par Manzoni en 1841, on a trouvé des ulcérations folliculaires sur l'intestin de l'enfant, né à sept mois et mort quelques minutes après l'accouchement. Charcellay, cité par Martinet, aurait

(1) Martinet, loc. cit.

vu des lésions analogues sur un enfant qui avait vécu pendant huit jours.

Ces observations peu nombreuses ne prouvent pas la transmission de la maladie de la mère au fœtus. Il faudrait, d'ailleurs, savoir combien de temps le fœtus a vécu dans le sein maternel après le début des accidents typhiques. Nous n'admettrions la transmission du microbe qu'au bout d'un certain temps, tandis que lorsque l'expulsion a lieu au début de la maladie, cette transmission n'aurait pas eu le temps de se faire, ou du moins on ne pourrait constater les effets du poison chez l'enfant. Nous ne pouvons évidemment pas raisonner ici *à priori* sur ce qui doit se passer, mais notre assertion, si elle n'est pas démontrée pour la dothiénentérie, est amplement prouvée par ce qui se passe dans la variole, par exemple, dans laquelle l'enfant naît le plus souvent indemne quand l'expulsion a lieu dès le début du mal.

Pendant les suites de couches, que se passe t-il ? Grisolle et Griesinger admettent que l'avortement est un phénomène malheureux, et que généralement il amène une terminaison fatale. Cazeaux dit tout le contraire : « La fièvre, loin de recevoir de l'état puerpéral une influence fâcheuse, serait, au contraire, moins grave que dans les circonstances ordinaires de la vie. »

Martinet dit aussi : « Chez toutes nos malades, la température n'a subi aucune élévation ; il n'y a eu aucune menace de rechute, et quand la maladie n'était pas encore tout à fait terminée, elle n'en continuait pas moins son acheminement vers une rapide et complète guérison. »

Nous voulons bien accepter cet heureux pronostic ; il est évident que, lorsque la maladie se termine avec l'avortement, le danger peut ne pas être très considérable ; mais lorsque l'expulsion a lieu dès le début, pendant le premier septenaire, par exemple, n'y a-t-il pas à craindre un plus grand danger pour la mère ?

Nous croyons que les divergences d'opinion viennent de ce que l'on n'a pas su classer les cas : 1° au point de vue de la gravité de la fièvre ; 2° au point de vue de l'époque de la maladie à laquelle l'expulsion a eu lieu.

D'ailleurs, les divers auteurs ont observé peu de cas et à des époques différentes. Or, qui ne nous dit pas que dans les statistiques on mêle ensemble des cas qui appartiennent à des époques où le génie typhoïde faisait plus on moins de ravages. Il y a fièvre typhoïde et fièvre typhoïde ; il y a des cas bénins et des cas absolument graves ; il y a des formes bénignes, d'autres presque à coup sûr mortelles ; enfin il y a des épidémies meurtrières, d'autres tout à fait bénignes. Dans tous ces cas, les résultats terminaux seront bien variables, et cela même à l'état de vacuité, à plus forte raison s'il existe la complication toujours fâcheuse de la grossesse.

Ce qu'il y a de curieux, c'est qu'ici, comme dans la variole ou dans les autres maladies éruptives, il ne se produit jamais d'accidents septiques du côté du l'utérus, et si la mort survient, elle n'est jamais le fait d'une affection utérine, mais bien le résultat ultime de la pyréxie. On dirait que la nature, en proie au poison typhique, se consacre tout entière à réaliser la maladie primitive. C'est grâce à cette indifférence du poison typhique que l'utérus doit arriver à son état primitif sans aucune entrave.

Il nous reste encore à examiner quelle est la cause qui, dans la dothiénentérie, détermine l'expulsion du fœtus, en un mot, nous allons nous occuper de la pathogénie de l'avortement.

Il y a plusieurs causes, nous voulons bien l'admettre, mais la principale, pour nous, est encore l'élévation considérable de la température, influence qui s'exerce ou bien en tuant le fœtus ou en agissant directement sur les fibres utérines. Nous reviendrons plus loin sur cette cause qui, pour nous, est indiscutable.

On a accusé la diarrhée, les contractions abdominales, la toux, etc.; ce sont là, à notre avis, des causes banales. Celle qui a été donnée par Gubler, et qui est connue sous le nom d'épistaxis utérine, ne nous paraît pas devoir influer souvent sur la grossesse. N'est-il pas démontré que l'expulsion du fœtus ne survient souvent qu'à la fin de la maladie, au moment où le raptus hémorrhagique ne peut plus se produire, et, d'un autre côté, dans la grande majorité des cas, l'hémorrhagie *post*

partum est des plus normales. On a accusé aussi la stase sanguine due à l'affaiblissement des contractions cardiaques, l'altération granuleuse des petits vaisseaux, altération qui pourrait atteindre le système utéro-placentaire. Nous ne nions pas l'efficacité de toutes ces causes, mais on ne les rencontre pas dans tous les cas, tandis que l'élévation graduelle de la température est un caractère de la fièvre typhoïde comme de toutes les maladies aiguës ; or, dans la dothiénentérie, les températures sont souvent très élevées ; le danger de l'avortement est donc imminent.

Nous terminerons cette étude par une observation que nous avons pu recueillir à la clinique obstétricale, au mois de novembre dernier.

Observation V

(personnelle)

Primipare. — Fièvre typhoïde au huitième mois de la grossesse. — Accouchement prématuré le dixième jour de la maladie. — Mort de l'enfant neuf jours après. — Mort de la mère le huitième jour après l'accouchement.

La nommée Eugénie R..., primipare, âgée de dix-huit ans, fut transportée du service médical à la clinique obstétricale, le 10 novembre 1884. Cette femme était entrée dans le service de médecine, le 3 novembre, avec un malaise général, des nausées, des épistaxis répétées, de la constipation et une fièvre assez considérable. Nous eûmes l'occasion de la voir dans ce service, et le diagnostic, porté dès le 4 novembre, fut celui de fièvre typhoïde. Cette femme était enceinte de sept mois et demi environ. La grossesse remontait au mois de mars 1884.

Nous n'insisterons pas sur l'état de cette malade avant son transport à la clinique obstétricale ; du 3 au 10 novembre elle présente tous les symptômes de la dothiénentérie au début : fièvre progressive avec exacerbation ves-

pérale, diarrhée pathognomonique succédant à la constipation, stupeur de plus en plus prononcée, agitation et délire le soir et pendant la nuit.

Le 10 novembre, à 10 heures du matin, elle se plaint de douleurs dans le bas ventre. L'examen, fait à la clinique médicale, permet de constater que le travail tend à se produire. Le soir, à la contre-visite, M. le docteur Brousse, chef de clinique, décide son transport à la clinique d'accouchement; l'avortement, en effet, est imminent, les membranes se sont déjà rompues à 4 heures de l'après-midi, et les contractions utérines, dont la malade n'a guère conscience, se reproduisent toutes les cinq minutes environ.

A 5 heures, la malade est transportée dans le service d'accouchement. Là, le travail ne tarde pas à s'accentuer. L'enfant se présente par le sommet en position que l'on n'a pas pu déterminer au juste, vu l'encombrement du service à cette époque. Quoi qu'il en soit, le travail marcha régulièrement sans que la femme en eût conscience, et à 10 heures et demie du soir, elle accouchait, dans un complet état de prostation, d'une fille vivante.

Cette enfant présentait le poids et les dimensions d'un fœtus de huit mois environ.

Elle fut placée immédiatement dans la couveuse de Tarnier, où elle vécut jusqu'au 19 novembre. La mort doit être attribuée uniquement à la faiblesse congénitale ; l'autopsie ne révéla aucune lésion pathognomonique. Ajoutons, pour être complet, que cette enfant présentait six doigts aux quatre extrémités.

Quant à la mère, la délivrance ne présenta rien d'anormal ; l'hémorrhagie fut insignifiante, moindre peut-être que ce qu'elle est dans les cas les plus normaux.

Un phénomène très important se produisit pendant l'accouchement. La température, qui, la veille au soir, était de 40°,2, s'abaissa à 37°,3 avant l'expulsion du fœtus. Après la délivrance, elle était de 37°,2 ; le pouls battait régulièrement, 80 p. à la minute.

La nuit se passa assez convenablement ; le matin (11 novembre) elle eut une selle diarrhéique. Température, 38°,6 ; P. 96, très irrégulier. Le délire a continué toute la nuit. On prescrivit, ce jour-là, une potion à l'extrait de quinquina, du bouillon et du vin. Température vespérale, 39°,3 ; P. 84. Le pouls est toujours très irrégulier, le délire complet. Les mêmes symptômes alarmants continuèrent dans la nuit du 11 au 12 novembre. Le matin du 12, la température était à 38°,8.

La femme fut renvoyée à la clinique médicale. Là elle présenta tous les symptômes d'une dothiénentérie grave qui ne fut modifiée en rien par les

accidents abortifs. Elle ne tarda pas à succomber le 18 novembre dans la soirée, le huitième jour après l'accouchement.

Comme on le voit, la marche de la maladie n'a été modifiée en rien par l'avortement. Mais nous ne pouvons ici accuser la grossesse d'avoir amené des complications spéciales. A part l'abaissement de la température survenu dans les premières heures qui ont suivi l'accouchement, tous les autres phénomènes se sont présentés d'une façon normale. La mort est survenue normalement aussi.

La maladie présentant la forme ataxique, offrait évidemment un pronostic grave, que la médication est restée impuissante à conjurer.

Quant à l'enfant, il est mort, comme tous les enfants avant terme, de faiblesse congénitale, et cela malgré les soins les plus attentifs.

Le choléra mérite d'autant plus d'être étudié par nous ici que son apparition dans ce pays est de date récente ; nous n'avons pu nous procurer qu'une seule observation de l'influence de ce fléau sur les femmes grosses. Malgré toutes nos démarches, ceux qui ont été dans la situation de pouvoir observer les cholériques pendant l'année 1884 n'ont pu nous donner des détails suffisants sur ce qu'ils avaient vu.

Ceci ne nous étonne en aucune façon ; l'épidémie cholérique de 1884 a éclaté si soudainement, elle a fait de si grands ravages en si peu de temps, que les hommes dévoués qui sont partis au secours des populations frappées n'ont pas eu les loisirs de faire des observations scientifiques.

Il n'y a pas lieu de rechercher ici si les femmes enceintes sont ou non à l'abri du fléau ou bien si elles y sont prédisposées. La question est tranchée ici comme elle l'est pour d'autres maladies. La grossesse ne garantit pas du choléra, pas plus qu'elle n'y prédispose ; il n'y a pas lieu de rechercher non plus avec Hennig (1) à quelle époque de la grossesse éclate le plus souvent la maladie. D'après lui, ce serait surtout dans la deuxième moitié de la grossesse que se compteraient les cas les plus fréquents.

(1) Hennig, Monatschrift für Geburtskunde, 1868.

Quoi qu'il en soit, le choléra a une influence des plus redoutables sur la grossesse. Presque toujours il amène l'avortement. Cette proposition mérite d'être discutée. En effet, Bouchut (1) compte vingt-cinq avortements sur cinquante-deux femmes cholériques. Cela est peu, mais il faut bien comprendre que si les accidents abortifs sont relativement peu fréquents, c'est que cela tient à ce que, généralement, la mort est tellement rapide qu'elle précède l'avortement. Ainsi, sur les vingt-sept cas de Bouchut dans lesquels l'avortement n'est pas survenu, nous comptons vingt et un décès et six guérisons seulement. En général, si nous consultons les statistiques faites par Saint-Romes, Bourgeois, Gendrin, Drasche et Hennig, nous remarquons que dans les cas où l'avortement s'est produit, la proportion des décès n'a pas été ni plus ni moins élevée que dans les cas non accompagnés d'accidents de cette nature.

De tout ceci, il résulte donc que le choléra produit l'avortement ou l'accouchement prématuré dans près de la moitié des cas. Les accidents se produisent toujours un jour au moins après l'invasion; il n'est donc pas difficile de comprendre pourquoi l'avortement ne survient pas dans les cas foudroyants. Ce ne sont donc pas les cas les plus graves de choléra qui déterminent l'avortement ou l'accouchement prématuré ; ceux-là font périr les malades trop rapidement. Ce sont, au contraire, les cas moyens, qui, ayant une certaine gravité, se prolongent un ou plusieurs jours ; ceux-ci manquent rarement leur effet. Bouchut admet l'influence des crampes dans la production de l'avortement. Selon lui, ce seraient les femmes qui ont le plus de crampes qui avorteraient. D'autres admettent que le fœtus est d'abord tué, et cela à cause des crampes, des convulsions maternelles (Bouchut), ou bien par suite de l'asphyxie de l'enfant résultant de la viscosité du sang de la mère (Cazeaux) ou de la coagulation du sang au niveau du placenta.

Nous voulons bien admettre l'influence de cette dyscrasie du sang, qui est un effet tout particulier du choléra ; mais comment alors expli-

(1) Bouchut. Gaz. méd., 1849.

quer certains cas où la mère guérit sans avoir avorté, et cela après avoir traversé sans encombre la période d'algidité.

Il y a donc, au-dessus de toutes ces petites causes, une cause unique qui, ici encore, est l'élévation de la température.

Quelle est maintenant l'influence du germe cholérique sur l'état puerpéral ? Devilliers admet que l'avortement a une influence favorable sur la maladie. Nous croyons qu'il en est ici comme dans la fièvre typhoïde, et que l'avortement n'a aucune influence sur la marche de la maladie, ou que si cette influence existe, elle est plutôt désastreuse que favorable. Aussi, ne peut-on nullement admettre la proposition de Devilliers, qui veut pratiquer dans tous les cas l'accouchement prématuré. Il faut reconnaître qu'il est à peu près le seul de son avis, et que Cazeaux, Hennig, Bajinsky, le rejettent absolument. Ce dernier propose seulement de hâter la délivrance dans le cas où les accidents surviennent.

L'avortement, en général, n'a aucune physionomie particulière dans le choléra ; le plus souvent la perte sanguine est insignifiante ; dans certains cas, il n'y en a même pas.

Cependant Hennig a constaté des hémorrhagies et des accidents puerpéraux qui ont aggravé le pronostic. De là à admettre une disposition spéciale de la muqueuse utérine, comme le veut Slavjansky, il y a loin. Cependant, ici plus que dans la fièvre typhoïde, des accidents septiques peuvent se produire après l'avortement, et l'observation que nous rapportons relate un cas de ce genre. (Obs. VI.)

Mais, en général, quand la malade succombe, c'est parce qu'elle a le choléra, et cela n'est que trop suffisant. L'avortement, en général, n'a aucune influence ni sur la situation des malades atteintes du choléra, ni sur la forme de leur maladie, ni sur l'intensité des symptômes et leur marche ultérieure. La gravité de l'affection primordiale reste la même et, comme le dit Bouchut : « Dans aucun cas, l'avortement n'a paru ajouter à l'espoir de la guérison des malades ; peut-être il a paru, au contraire, aggraver leur situation et ajouter plus tôt à la crainte de leur mort. »

Nous terminerons ici cette courte note sur le choléra par la publication du seul fait récent qui soit parvenu à notre connaissance.

Observation VI

(Communiquée par M. le docteur Guinier)

Primipare. — Choléra survenant au huitième mois de la grossesse. — Expulsion le troisième jour d'un enfant putréfié. — Mort de la mère par septicémie puerpérale.

Mme X..., accoucheuse, domiciliée à Gigean, était enceinte de huit mois à peu près, quand elle fut atteinte par le choléra, au mois d'août 1884. La maladie durait depuis trois jours environ, lorsque l'expulsion du fœtus eut lieu. Le travail s'opéra sans que la malade en eût la moindre conscience ; elle était dans la prostration la plus complète.

Il m'est impossible de dire ce qui s'était passé pendant ces trois premiers jours, car je n'étais pas chargé de soigner la malade à ce moment (1).

Je fus appelé immédiatement après l'accouchement pour faire la délivrance. Je ne pus me rendre auprès de la malade qu'une heure après, ce qui ne me permit pas de voir le fœtus, qui était né dans un état de putréfaction avancée, car, au dire du mari, il répandait une odeur tellement infecte qu'on avait jugé à propos de l'inhumer immédiatement.

La délivrance, faite par moi, fut très facile ; je retirai de l'utérus, bien revenu sur lui-même, un placenta noirâtre et en voie de décomposition ; les membranes étaient entières.

Tout le délivre répandait une odeur insupportable. Je fis faire immédiatement des injections vaginales au sublimé. La prostration de la malade était absolue ; je ne pus lui faire prononcer un seul mot ; à toutes mes questions, elle répondait par quelques grognements. Les yeux étaient ternes, voilés et profondément excavés, la langue sèche, le pouls petit et très fréquent. Je prescrivis une potion tonique et stimulante.

(1) M. le docteur Guinier nous renvoie, pour les détails, à l'observation déjà publiée par Mlle Puéjac, directrice de la maternité, dans le *Journal des sages-femmes d'Algérie*. Nous n'avons pu nous la procurer.

Les jours suivants la malade fut confiée aux soins dévoués de M^lle^ Puéjac, qui faisait trois injections au sublimé chaque jour. Les lochies étaient peu abondantes et fétides. Le troisième jour, la malade eut du muguet ; son état avait empiré ; elle succomba dans le collapsus, le quatrième jour, avec une température peu élevée, un pouls filiforme, mais sans traces de l'algidité caractéristique.

M. le docteur Guinier ajoute : « Le fœtus, à mon avis, a dû succomber dès le début de l'invasion cholérique ; il n'a été expulsé que les jours suivants, après la rupture prématurée des membranes, ce qui explique son état de putréfaction avancée. La mort de l'enfant peut être attribuée à l'action de la haute température d'invasion du choléra, et sans doute à l'altération quantitative ou qualitative du sang. Quant à la mère, elle a succombé plutôt à la septicémie puerpérale qu'au choléra lui-même. »

III

L'ÉLÉVATION DE LA TEMPÉRATURE EST LA CAUSE PRINCIPALE DES ACCIDENTS ABORTIFS DANS LE COURS DES MALADIES AIGUES

Nous nous proposons, dans ce chapitre, d'étudier la cause principale des accidents qui peuvent se produire chez les femmes grosses dans le cours d'une maladie aiguë quelle qu'elle soit. Dans le chapitre précédent, nous avons fait une étude résumée de chaque maladie en particulier, en examinant les causes qui n'amènent que trop souvent des accidents ; nous avons pu voir qu'elles étaient multiples, mais le plus souvent banales. D'ailleurs, elles peuvent n'exister que dans certains cas ; dans d'autres, on se trouve absolument à court d'explications étiologiques.

Nous avons fait remarquer, à propos de chaque cas, que si les causes banales ou inhérentes à chaque maladie aiguë venaient à manquer, il restait toujours un élément dont on devait tenir le plus grand compte, élément que l'on retrouve dans toutes les maladies aiguës et qui les caractérise pour ainsi dire : nous voulons parler de l'hyperthermie, de l'élévation de la température, qui, selon nous, est la cause principale des phénomènes spéciaux que l'on observe chez les femmes enceintes, quand, en même temps, elles sont sous le coup d'une pyrexie quelconque.

L'élévation de la température est un fait bien connu ; elle est géné-

ralement en rapport comme quantité avec la gravité de la maladie ou bien avec la phase la plus grave de la maladie.

Le degré de chaleur est variable suivant la pyrexie ; chaque processus offre, sous ce rapport, une physionomie particulière. Tantôt la température sera d'emblée excessive, tantôt elle augmentera graduellement pour arriver à un maximum qui persistera pendant plus ou moins de jours.

Un phénomène assez général dans les maladies aiguës, c'est que la fièvre, mesurée au thermomètre, présente une période d'augmentation qui correspond généralement au soir. De là l'obligation où l'on se trouve de prendre la température matin et soir.

Dans les cas rares où de grandes perturbations surviennent dans cette marche normale de la chaleur, on peut généralement considérer la maladie comme étant fort grave. La perturbation la plus fréquente consiste dans l'absence de la rémission du matin, de sorte que le malade, si la médication est impuissante à régulariser la fièvre, reste en proie aux plus hautes températures pendant un temps considérable ; on conçoit *à priori* quel est le danger d'un pareil état de choses.

Toutes les maladies quelles qu'elles soient peuvent atteindre un degré considérable de chaleur, mais elles ne l'atteignent pas toutes facilement, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Par exemple, dans la rougeole, on observe rarement, peut-être jamais, les chiffres excessifs de 40°,41° et même 42°, tandis que dans la fièvre typhoïde et dans la variole comme dans la pneumonie, les deux premiers chiffres surtout ne sont que trop fréquemment atteints. On sait que la température de 42° est le point culminant que le malade peut atteindre, et qu'il est rarement compatible avec la continuation de la vie.

Ces considérations générales sur la température étant posées, il nous reste à déterminer :

Le mode d'action de la température sur la grossesse.

Comme nous l'avons dit dans le précédent chapitre, tous les auteurs ont plus ou moins admis l'influence des hautes températures sur la grossesse. Pour beaucoup elle n'est qu'un adjuvant, en quelque sorte ;

pour d'autres, au contraire, et nous sommes de cet avis, elle est la cause principale des accidents abortifs. Mais là où tout le monde n'est plus d'accord, c'est quand il s'agit de déterminer par quel mécanisme la chaleur amène des perturbations chez les femmes grosses.

Pour les uns, les hautes températures tuent d'abord le fœtus, et l'expulsion n'a lieu que parce que le fœtus est mort.

Pour d'autres, la température agit sur l'utérus gravide lui-même et détermine directement les contractions insolites qui produisent l'avortement.

Nous aurons à examiner successivement la valeur de ces deux opinions.

1° Action de la température sur le fœtus. — Elle avait déjà été signalée par Hohl, en 1833. Cet auteur avait remarqué qu'une élévation de température chez la mère rend le pouls du fœtus plus fréquent. Kaminsky, en 1866, dégagea de l'ensemble des faits l'action spéciale d'une haute température sur le fœtus. Beaucoup trop absolu, il n'admit d'abord qu'un seul mode d'action de la température, qui n'amenait l'avortement que parce qu'elle tuait le fœtus. Il en résultait que, dans les cas où l'avortement survient le fœtus étant encore vivant, on se trouvait à court d'explications.

Max Runge (1), dont le travail est plus récent (1878), admet l'opinion de Kaminsky, mais il n'est pas aussi absolu, et nous aurons à examiner le travail de l'accoucheur de Strasbourg dans le paragraphe suivant. Runge a surtout étudié l'action des hautes températures sur l'utérus lui-même.

Tout récemment, le docteur Doré (2), à l'instigation de M. le professeur agrégé Charpentier, vient de reprendre cette intéressante étude de l'action de la température sur le fœtus. Tout d'abord, il cite les expériences de Runge, que nous n'avons pu retrouver, M. Doré n'ayant pas

(1) Runge, In Archiv für Gynœkologie, t. 13, 1878

(2) Doré, Archives de tocologie, mars et avril 1884

donné de bibliographie à la suite de son travail. Ces expériences sont mal faites, paraît-il.

« Runge, dit-il, n'a pas réuni les conditions ordinaires de la fièvre avec ses rémissions et ses exacerbations. Il n'a expérimenté que la température anormale de courte durée et dont l'influence a été rarement prolongé au-delà d'une heure. »

Ce reproche, nous le ferons également à l'auteur allemand, mais non pour le même objet. Nous ne connaissons pas, en effet, les expériences faites par Runge, en vue de démontrer l'action des températures sur le fœtus, et M. Doré ne nous a pas fait savoir dans quel ouvrage il a puisé les vingt-cinq expériences mal faites de Runge. Nous ne connaissons de ce dernier que le travail paru en 1878 dans les *Archiv für Gynœkologie* (1). Dans cet article, Runge ne s'occupe que d'expériences ayant pour but de démontrer l'action de la température sur l'utérus et non sur le fœtus. Nous ne pouvons donc apprécier l'autre travail qui est l'objet des critiques de M. Doré.

Revenons maintenant aux expériences du docteur Doré. Il s'est mis dans des conditions d'expérimentation auxquelles nous renvoyons nos lecteurs, et qui lui ont permis de soumettre les sujets en expérience à une hyperthermie longue et inégale, de façon à imiter aussi fidèlement que possible ce qui se passe dans la fièvre normale.

Le docteur Doré, de concert avec le docteur Doléris, a institué trois séries d'expériences.

Dans la première série, opérant comme Runge, c'est-à-dire en surchauffant brusquement les animaux, il a, néanmoins, obtenu des résultats différents de ceux de l'auteur allemand.

Dans la deuxième série, il a opéré à des températures plus basses, mais toujours à un degré de chaleur supérieur au degré de l'animal lui-même, les expériences ont toujours duré plusieurs heures.

(1) Ce travail est intitulé : *die Wirkung hoher und niedriger Temperaturen auf den Uterus des Kaninchen und des Menschen.* (*Influence des hautes et basses températures sur l'utérus du lapin et de la femme.*) Nous traduisons *Mensch* par femme, parce que *proprement* le mot veut dire homme en général.

Dans une troisième série, il a opéré à des températures inférieures à la température normale de l'animal lui-même. Dans ces conditions, la température du sujet s'est néanmoins élevée de quelques degrés. Dans cette troisième série, malgré l'élévation de la température maternelle, les animaux ont mis au monde des petits vivants.

M. le docteur Doré déduit de ses expériences les principales conclusions suivantes :

« Les températures élevées obtenues par un surchauffage brusque et prolongé sont rapidement mortelles et tuent la mère et le fœtus.

» Une température de 41°,5 à 42° ne détermine, chez les animaux, aucun phénomène morbide grave, et n'entraîne jamais la mort du fœtus.

» Une température de 43° obtenue par un surchauffage lent et progressif, et maintenue pendant peu de temps n'entraîne pas non plus d'accidents. »

» L'hyperthermie seule est insuffisante pour provoquer l'avortement ou la parturition prématurée, puisque en aucun cas, que les mères aient succombé à l'action de la chaleur ou qu'elles y aient résisté, nous n'avons vu ces accidents se produire. »

Nous ne croyons pas que l'on puisse être aussi affirmatif sur la foi seule de l'expérimentation. Nous pensons que la fièvre est un mode d'être de l'individu vivant que l'on ne peut reproduire artificiellement ; en conséquence, nous croyons que les faits cliniques, bien que manquant de la précision mathématique des faits d'expérience, en diront toujours plus que ceux-ci. Le docteur Doré, qui est si catégorique, avoue cependant que dans certains cas la clinique offre quelquefois des sujets où la température s'élève brusquement et ne persiste que pendant une très courte durée. Qui nous empêchera de croire que dans une pyrexie quelconque, une brusque élévation de température, comme on la rencontre souvent et non quelquefois, ne pourra tuer d'emblée le fœtus, d'où avortement à une échéance plus ou moins rapprochée ?

En résumé, nous pensons qu'il ne faut pas trop s'appuyer sur les

résultats de l'expérimentation *in animâ vili*, d'abord parce que les mêmes conditions ne peuvent presque jamais s'obtenir, et ensuite parce qu'il y a toujours des différences, surtout en physiologie, entre ce qui se passe chez l'homme et ce qui se passe chez les animaux.

Pour en revenir au point de départ de cette question, c'est à dire à l'action nocive de la température sur le fœtus, nous croyons pouvoir admettre encore avec les auteurs classiques, avec Schrœder, avec Kaminsky, que le fœtus, enfoui dans les parties maternelles et participant à la température de celles-ci, que, de plus, produisant par lui-même une chaleur qui lui est propre, doit subir une élévation de température dans les maladies fébriles de sa mère, dont le degré sera toujours supérieur à celui de cette dernière. Il en résulte que le fœtus peut succomber, par suite de cet emmagasinement de chaleur. Si l'on en croit Kaminsky, chaque fois que la température maternelle dépassera 40°, l'enfant courra les plus grands risques.

2° *Action des hautes températures sur l'utérus gravide.* — Cette action nous paraît plus importante que la précédente. La plupart de nos observations nous le démontrent amplement. Une maladie aiguë survient chez un femme enceinte, l'avortement se produit dès le début, et le résultat est l'expulsion d'un fœtus, vivant presque toujours, mais viable ou non, selon l'époque de la grossesse où l'accident survient.

Ici, la température, indépendamment des causes secondaires inhérentes à chaque pyrexie, doit nécessairement agir sur l'utérus lui-même et déterminer des contractions de cet organe.

Ce qui prouve la justesse de notre interprétation, c'est que dans bon nombre de cas, l'avortement menace de se produire pendant le cours d'une maladie ; la marche du travail est interrompue par l'emploi de moyens appropriés, et la grossesse suit son cours sans aucun incident.

Ici se place le travail important de Runge, dont nous avons parlé plus haut, et qui est relatif à l'action des hautes températures sur l'utérus gravide.

L'auteur allemand nous présente un travail divisé en deux parties :

la première comprend les expériences faites par lui sur les animaux. Ses procédés ne sont pas à l'abri de tout reproche. Il faisait agir la chaleur sur l'utérus mis à nu. L'opération nécessaire préalablement, c'est-à-dire l'ouverture de l'abdomen, pouvait très bien déterminer déjà des contractions. Cependant, il est de cas où le simple bain d'eau à 50° ou bien la douche vaginale au même degré ont amené le même résultat. Non content d'employer l'eau chaude, Runge a soumis l'utérus mis à découvert à une atmosphère chaude, et, dans ce cas aussi, les contractions sont survenues. En approchant de l'utérus une source de chaleur considérable, comme le thermocautère par exemple, les contractions survenaient au bout de 19 à 20 secondes seulement.

Nous ne pouvons analyser ici en entier l'important mémoire de Runge. Nous en conclurons ceci, à l'appui de notre thèse, c'est que les hautes températures amènent des contractions utérines. Certes, dans les pyrexies, le même degré de chaleur n'est jamais en jeu ; mais un degré inférieur ne peut-il amener les mêmes résultats quand ce degré se maintient pendant plusieurs heures ou même plusieurs jours ?

La partie clinique du travail de Runge est bien plus intéressante encore. Dans un premier paragraphe, il s'occupe de l'emploi thérapeutique de la chaleur et, à ce propos, il cite l'opinion de Trousseau sur l'emploi des douches d'eau chaude dans les hémorrhagies. Nous ne nous arrêtons pas sur ce point, qui est en dehors de notre sujet. Dans un deuxième paragraphe, il s'occupe de l'influence des pyrexies sur l'utérus, et il cite deux nouveaux cas : l'un de fièvre typhoïde, dans lequel l'avortement se produit le vingtième jour avec un fœtus vivant ; l'autre, de fièvre typhoïde également, dans lequel l'avortement survient le vingt-septième jour, avec un fœtus vivant qui ne vit que quelques minutes.

Dans ces deux cas, fait remarquer Runge, les fœtus n'ont pas succombé parce que le degré de température n'a jamais dépassé 40°,5. L'avortement a été déterminé par l'action de la température s'exerçant directement sur l'utérus.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Toutes les maladies aiguës, quelles qu'elles soient, peuvent amener l'avortement ou l'accouchement prématuré chez les femmes enceintes.

Ce n'est point cependant une règle générale, puisque dans nombre de cas la grossesse suit son cours ou que la femme succombe avant d'avoir avorté.

2° Nous admettons toutes les causes auxquelles, dans des cas particuliers, les auteurs ont attribué les accidents abortifs ; mais ce sont des causes secondaires.

3° La cause principale de l'avortement, dans les maladies aiguës, est *l'élévation de la température.*

Son mode d'action est de deux espèces :

a. Le fœtus est tué dans le sein de la mère, et l'expulsion a lieu plus ou moins rapidement. Dans ce cas, il y a eu généralement élévation brusque de la température.

b. L'élévation de la température persiste pendant plusieurs jours et agit à la longue sur l'utérus lui-même, en déterminant des contractions. Dans ce cas, l'enfant est expulsé vivant.

4° Les maladies aiguës n'ont pas d'action spéciale sur les suites de couches et ne sont guère modifiées par l'état puerpéral.

Des réserves doivent cependant être faites en ce qui concerne les fièvres éruptives.

FIN

Vu :
Le Président-Censeur,
L. DUMAS.

Vu bon à imprimer,
Le Doyen,
CASTAN.

Permis d'imprimer,
Pour le Recteur de l'Académie,
Le Doyen de la faculté de Droit, délégué.
VIGIÉ.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !